

高雄市身心障礙者醫療輔具
氧氣製造機評估報告

申請本項氧氣製造機補助尚需具備「診斷證明書」

一、病患基本資料

1061101 修正

醫院名稱			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生日	民(前)國 年 月 日	年齡	歲
身分證字號		聯絡電話	
地址	縣 鄉鎮 村 鄰 市 區市 里	路 段 巷 弄 號之 樓 街	

二、身體功能檢查

與輔具使用之相關診斷	a. 呼吸系統常見疾病： <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性疾病 <input type="checkbox"/> 侷限型肺疾病 <input type="checkbox"/> 肺纖維化 <input type="checkbox"/> 腫瘤 <input type="checkbox"/> 其他_____
	b. 心血管系統常見疾病： <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 周邊血管疾病 <input type="checkbox"/> 其他_____
	c. 其他：_____
呼吸功能評量	a. 呼吸功能： <input type="checkbox"/> 無人工氣道 <input type="checkbox"/> 有氣切
	b. 血氧飽和度： <input type="checkbox"/> 吸入空氣時為_____%、心跳____次/分；或 <input type="checkbox"/> 用氧流量為____公升/分時_____%、心跳____次/分
	c. 六分鐘走路測試：最低血氧飽和度_____%
	d. 動脈血氧分壓：_____mmHg 在吸入 <input type="checkbox"/> 空氣； <input type="checkbox"/> 氧濃度_____%，或氧流量____公升/分
	<u>上述 b、c、d 三擇一填寫即可</u>

三、氧氣製造機之配置需求

1.種類： <input type="checkbox"/> 3公升 <input type="checkbox"/> 5公升 <input type="checkbox"/> 7公升 <input type="checkbox"/> 10公升 <input type="checkbox"/> _____公升
2.其他配備(請自備，不在補助範圍內)： <input type="checkbox"/> 鼻導管 <input type="checkbox"/> 氧氣面罩 <input type="checkbox"/> 氣切面罩 <input type="checkbox"/> 其他_____

四、總結

氧氣製造機之建議：

建議使用 不建議使用，理由：_____

※注意事項：開立此項評估報告書之醫師應具備「身心障礙者鑑定作業辦法」第四類「循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能」之「心臟功能」、「呼吸功能」專科醫師鑑定資格

評估人員簽章：_____

呼吸治療
師證號章

主治醫師簽章：_____

專科醫師
證號職章

主治醫師專科字號：_____

- ※1. 限胸腔科、神經科、心臟科、耳鼻喉科、精神科、復健科、兒胸或兒重症相關專業訓練之專科醫師或呼吸治療師簽章。
- ※2. 應檢附以上其中一科科別之專科字號或呼字第號。

評估日期：_____年_____月_____日

評估單位用印